

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi così come stabilito dall' art.76 del D.P.R. 445 del28/12/2000,

### DICHIARA

- che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente, per vincolo di parentela disabile grave,
- che non usufruisce di altra assistenza domiciliare
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

Ruolo	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita

- Che il reddito complessivo percepito dal proprio nucleo familiare, nell'anno 2012, è il seguente:

Somma dei redditi della dichiarazione	€
Rendimento del patrimonio mobiliare	€
Detrazione per il canone di locazione	€
Indicatore Situazione Reddituale (ISR)	€
Patrimonio mobiliare	€
Detrazione patrimonio mobiliare	
Patrimonio immobiliare	
Detrazione patrimonio immobiliare	
Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	
L'indicatore della situazione economica (ISE) è il seguente:	
Il valore della scala di equivalenza applicato è il seguente:	
L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente:	

## CHIEDE

L'ELABORAZIONE DI UN PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALL'EROGAZIONE DI ASSISTENZA A DOMICILIO.

## COMUNICA

che il Dott. \_\_\_\_\_ del Servizio di Medicina Generale dell' A.S.P. n. 5 è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

Allega alla presente istanza :

Certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3, c. 3° della legge n°104/92.

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;

Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente e dell'assistito.

Firma

---

## INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 196 /2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

AI SENSI DEL D. Lgs.vo. N° 196/2003, ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE FORMERANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO, LA INFORMIAMO CHE: -IL TRATTAMENTO È INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N°196/2003, IL/LA SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IVI COMPRESI QUELLI SENSIBILI.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)